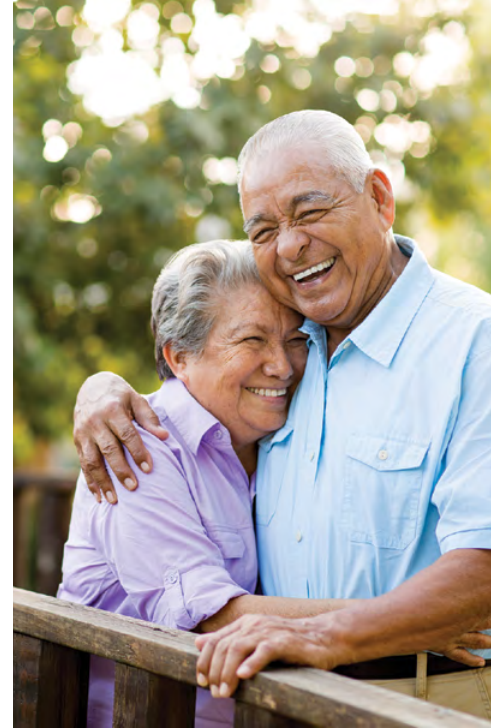


Contenido:

- Pág. 2:** Cuáles son las novedades
- Pág. 3:** Cómo hacer cambios en los beneficios
- Pág. 4:** Cobertura de dependientes
- Pág. 6:** Sus opciones de seguro médico
- Pág. 9:** Cobertura de medicamentos con receta
- Pág. 10:** Seguro dental
- Pág. 12:** Seguro de la vista
- Pág. 13:** Seguro de vida (solo para jubilados)
- Pág. 15:** Ferias y seminarios web de la inscripción de otoño
- Pág. 16:** Información de contacto



Beneficios para proteger su salud y su futuro

El Programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas ofrece beneficios a jubilados del estado de Texas que sean elegibles y a sus dependientes y sobrevivientes.

Si usted es un jubilado elegible para Medicare, la inscripción de otoño es su oportunidad para poder cambiar sus elecciones de beneficios. Incluso si planea mantener su cobertura actual, esta guía lo ayudará a ponerse al día con la información de sus beneficios. Es importante entender su plan médico y otras opciones de seguro, y su parte del costo.



Revise su cobertura

Revise su cobertura actual y consulte las opciones de beneficios y las tasas de las primas en su declaración de inscripción de beneficios personales incluida en este paquete, y en su cuenta de ERS OnLine.

¿No hará cambios? Si va a conservar la misma cobertura, no tiene que hacer nada. Sus opciones actuales seguirán siendo las mismas.

Fechas importantes

Del 30 de octubre
al 17 de noviembre:
Haga cambios en
sus beneficios.



Las elecciones de beneficios para el nuevo año del plan entrarán en vigor el 1 de enero de 2024.

Página de inscripción de otoño en el sitio web del ERS



Consulte las tasas de las primas y más información de la inscripción en ers.texas.gov/FE-2023.

Nota: La Legislatura de Texas decide el nivel de financiamiento para todos los beneficios del GBP y no tiene la obligación permanente de darlos tras haber transcurrido cada año fiscal.

CUÁLES SON LAS NOVEDADES DEL PLAN DEL AÑO 2024

Nota: Su prima del 1 de enero está en su declaración de inscripción de beneficios personales en este paquete.



Cambios en el administrador del plan

- 1 de enero de 2024: Express Scripts Medicare® (PDP) comienza como administrador para HealthSelectSM Medicare Rx.
- 1 de septiembre de 2023: EyeMed Vision Care, LLC (EyeMed) comienza como administrador del programa State of Texas VisionSM.

Consulte el folleto en este paquete para obtener más información. Más información sobre el cambio al nuevo administrador de medicamentos con receta estará disponible en noviembre y diciembre.

¿Por qué hacemos cambios en el administrador del plan?

El ERS está obligado a solicitar nuevos contratos de administrador y asegurador para los programas de beneficios que ofrecemos.

Entendemos que los cambios pueden ser incómodos, pero nos ayudan a ahorrar millones, incluso miles de millones, de dólares. Los cambios también nos ayudan para seguir ofreciendo primas y tarifas razonables mientras mantenemos la atención adecuada para usted y su familia.



Aumentos en las tasas de la Organización de Proveedores Preferidos (MA PPO) para el plan HealthSelectSM Medicare Advantage

Para quienes pagan las primas de seguro médico, las tasas de la MA PPO para HealthSelect aumentarán aproximadamente un 5-7%. El aumento es resultado del incremento de los costos médicos y de recetas. Encuentre más información sobre sus primas en su declaración de inscripción de beneficios personales (PBES).

Pese al aumento, las primas de la MA PPO para HealthSelect siguen siendo más bajas que en 2020, antes de que UnitedHealthcare se volviera asegurador del plan. Además de los esfuerzos constantes de la reducción de costos por parte del ERS y UnitedHealthcare, el proceso de licitación de ERS para seleccionar al nuevo administrador del plan de medicamentos con receta, Express Scripts Medicare, impidió un aumento mayor.



Aumentos a las tarifas de HMO dental

Las primas de DeltaCare® USA de la Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) aumentarán. Este es un regreso a las tarifas del plan del año 2022 después de una disminución de un año por un reembolso de Delta Dental relacionado con el COVID-19.



Cambios en los gastos de bolsillo máximos

Los gastos de bolsillo máximos anuales totales dentro de la red de los planes médicos de HealthSelectSM Secondary (médico y de farmacia combinados) aumentan a \$7,500 para cobertura individual (antes \$7,050) y a \$15,000 para cobertura familiar (antes \$14,100) para alinearse con los gastos máximos del IRS.

CÓMO HACER CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS

Revise su declaración de inscripción de beneficios personales en este paquete. Consulte la hoja de las tasas de primas en ers.texas.gov/FE-2023.

Si usted es un jubilado elegible para Medicare: haga cambios en su cuenta de ERS OnLine por teléfono, o enviando un formulario completo por correo o correo electrónico.

Si usted es un sobreviviente: haga cambios por teléfono, o enviando un formulario completo por correo o correo electrónico.

Nota: Si hace cambios por correo electrónico, debe escanear su formulario de inscripción completo y enviarlo a ERScustomer.service@ers.texas.gov. Si no usa el formulario, o si lo envía a una dirección de correo electrónico diferente, no podremos procesar sus nuevas elecciones de beneficios.

ERS OnLine

(solo para jubilados, no aplica para sobrevivientes)

NOTA: Si usted no activó su cuenta de ERS OnLine antes de jubilarse o en los 90 días siguientes, tendrá que llamar al ERS al (866) 399-6908 (TTY: 711) para registrarse o para reactivar su cuenta.

Conéctese para hacer cambios en sus beneficios en cualquier momento durante la inscripción de otoño:

1. Vaya a ers.texas.gov.
2. Haga clic en **"My Account Login"** (Iniciar sesión en mi cuenta).
3. Seleccione **"Proceed to Login"** (Continuar con el inicio de sesión) si ya tiene un nombre de usuario y contraseña, o **"Register now"** (Registrarse ahora), si necesita crear una cuenta.
4. Después de iniciar sesión, confirme que su información de contacto debajo de **"My Personal Information"** (Mi información personal) es correcta.
5. Haga clic en **"Benefits Enrollment"** (Inscripción en los beneficios).
6. Haga clic en la casilla **"edit"** (editar) frente a la elección del beneficio que quiere cambiar. Tendrá que hacer esto para cada elección que quiera cambiar.
7. Haga clic en **"Submit"** (Enviar) después de cada cambio, y luego una vez más desde la página principal de Inscripción en los beneficios, para guardar todos sus cambios.
8. El ERS le enviará un correo electrónico confirmando sus cambios, siempre que una dirección de correo electrónico actual esté en ERS OnLine. Si no tiene una dirección de correo electrónico en su cuenta del ERS, le enviaremos una confirmación a su dirección. Guarde la confirmación de sus cambios. Esto puede ayudar a los consejeros de beneficios para apoyarlo, si usted se comunica con nosotros por cualquier problema con la cuenta.

Por correo o correo electrónico

Complete el formulario que está en la parte de atrás de esta guía y después envíelo por correo a la dirección que está en el formulario. El formulario debe tener matasellos que no pase del 17 de noviembre de 2023. También puede escanear y enviar por correo electrónico el formulario completo a ERScustomer.service@ers.texas.gov.

Por teléfono

Llame gratis al ERS al (866) 399-6908 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CT. Asegúrese de llamar del 30 de octubre al 17 de noviembre.

Hacer actualizaciones fuera de la inscripción de otoño como jubilado elegible para Medicare

En un plazo de 31 días de un acontecimiento de vida que califica, usted puede:

- agregar nueva cobertura;
- hacer cambios en las elecciones de sus beneficios; e
- inscribir a sus dependientes elegibles en la cobertura.

En cualquier momento, usted puede:

- cambiar entre el plan HealthSelectSM Medicare Advantage PPO (MA PPO) y los planes HealthSelectSM Secondary;
- cancelar cualquier cobertura suya o de sus dependientes; y
- hacer los siguientes cambios desde su cuenta de ERS OnLine:
 - dirección de correo, teléfono o dirección de correo electrónico;
 - designar o actualizar los beneficiarios; y
 - certificar si alguien inscrito en un plan médico del GBP consume tabaco y volver a certificar cuando cambie su condición.

Obtenga más información sobre ERS OnLine en ers.texas.gov/account-login.



Recuerde

Si no quiere hacer cambios, no tiene que hacer nada. Su cobertura actual se transferirá al nuevo año del plan.

CERTIFICAR Y VERIFICAR A LOS DEPENDIENTES AGREGADOS RECIENTEMENTE (solo jubilados)

NOTA: Los sobrevivientes no pueden agregar nuevos dependientes a la cobertura.

Certificar a hijos dependientes para la cobertura

Debe certificar la elegibilidad de los hijos dependientes que quiera inscribir en cualquier cobertura de seguro. Debe hacerlo antes de que pueda agregar nuevos hijos dependientes.

Estas son dos maneras de certificar hijos dependientes:

- Inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine y haga clic en "Benefits Enrollment" (Inscripción en los beneficios) debajo de My Insurance Information (Mi información del seguro).
- Complete e imprima el formulario de certificación de hijos dependientes para cada hijo que se vaya a cubrir y envíelo por correo al ERS a la dirección que está en el formulario. Encuentre el formulario en ers.texas.gov/Retirees/Forms-for-retirees.

Verificar a sus dependientes para la cobertura de seguro médico

Cuando inscribe a su cónyuge o hijo en un seguro médico por primera vez, debe presentar los documentos para demostrar que son elegibles. **Importante: Si no presenta los documentos necesarios antes del plazo, sus dependientes no serán elegibles y perderán la cobertura en todos los planes del GBP. No serán elegibles para COBRA.** Si vuelve a inscribir a un dependiente cuya cobertura médica fue previamente verificada, no es necesario que vuelva a hacer el proceso.

1. Inscriba a sus dependientes elegibles en la cobertura médica y certifique a cualquiera de sus hijos dependientes, como se mencionó arriba. (**Nota:** Certificar hijos dependientes elegibles no es lo mismo que verificar dependientes elegibles).
2. El ERS enviará la información a Alight Solutions, el administrador externo de ERS para la verificación de elegibilidad de dependientes. Alight Solutions le enviará una carta por correo con los pasos que debe seguir para verificar si sus dependientes son elegibles para la cobertura.
IMPORTANTE: Cuando reciba una carta de Alight Solutions, ¡ábrala de inmediato! Lea detenidamente toda la información y tenga presente el plazo.
3. Siga las instrucciones de Alight para presentar los documentos necesarios antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta.

Para preguntas sobre el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes, llame gratis a Alight Solutions al (800) 987-6605 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT.

Agregar dependientes no verificados previamente mediante el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes

Si intentó agregar dependientes a la cobertura médica antes, pero no pudo porque no cumplió el plazo de verificación o no pudo presentar la documentación necesaria, puede agregarlos durante la inscripción de otoño. Para hacerlo, debe presentar la documentación al ERS (no a Alight) para demostrar la elegibilidad de sus dependientes.

Encuentre una lista de documentos de respaldo en <https://www.ers.texas.gov/PDFs/Dependent-eligibility-chart.pdf>. Envíe sus documentos junto con una nota que indique:

- el nombre de los dependientes que está agregando;
- los tipos de cobertura específicos a los que los quiere agregar (por ejemplo: HealthSelect of Texas, State of Texas Dental Choice, etc.); y
- el nombre del miembro del GBP, los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social y teléfono.

Envíe la documentación por correo, fax o correo electrónico al ERS. (No envíe por correo los originales. No podemos regresarle los documentos). Los documentos que envíe por correo electrónico o fax no deben llegar después del **17 de noviembre de 2023**. Las copias que envíe por correo deben tener matasellos del **17 de noviembre de 2023**.

Correo: Employees Retirement System of Texas
P.O. Box 13207

Attn: Benefit Support Services
Austin, TX 78711-3207

Fax: (512) 867-7438

Correo electrónico: erscustomer.service@ers.texas.gov

Si el ERS aprueba la elegibilidad de sus dependientes, su cobertura comenzará el 1 de enero de 2024.

¿Qué sucede con los planes privados Medicare Advantage o Parte D?

Es posible que haya visto anuncios de planes privados Medicare Advantage o Parte D para medicamentos con receta. Su plan del GBP Medicare Advantage le da cobertura a nivel nacional y beneficios adicionales a los de Medicare Original. El plan HealthSelect Medicare Advantage PPO (MAPPO) es un plan de grupo personalizado que no puede conseguir en ningún otro lugar. Está diseñado exclusivamente para jubilados elegibles para el ERS. (Cuando nos da su identificador de beneficiario de Medicare, lo inscribimos en HealthSelect Medicare Rx, incluso si elige no inscribirse en HealthSelect Medicare Advantage).

No puede estar inscrito en HealthSelect Medicare Advantage o HealthSelect Medicare Rx al mismo tiempo que está inscrito en un plan privado Medicare Advantage o Parte D. **Si se inscribe en un plan privado Medicare Advantage o en el plan privado Parte D, se le cancelará la inscripción en la MA PPO para HealthSelect o HealthSelect Medicare Rx. Piense bien antes de inscribirse en el plan Medicare Advantage o Parte D que no ofrece el ERS.**

Medicare y su seguro médico del estado de Texas

Si usted es jubilado (o no está trabajando activamente) y está inscrito en HealthSelect of Texas (incluyendo el plan HealthSelect Secondary) y es elegible para Medicare, su seguro médico del estado se considera como su cobertura secundaria, incluso si no está inscrito en Medicare. Usted es responsable de la parte del reclamo médico que Medicare pudo haber cubierto como su asegurador médico principal, que puede ser significativo.

Inscríbase en Medicare tan pronto como sea posible para mantener sus costos lo más bajos posible. Lo mismo ocurre con su dependiente cubierto. Una vez que usted o su dependiente se inscriben en Medicare, asegúrese de comunicarse con el ERS con su información de Medicare.

Renunciar a su cobertura de atención médica: lo que debe saber

Si usted renuncia a su seguro médico del GBP, también cancelará su cobertura de medicamentos con receta y su cobertura de seguro básico de vida a término de \$2,500. (El seguro básico de vida a término no está disponible para sobrevivientes). Los jubilados elegibles para Medicare pueden volver a inscribirse en la cobertura durante el próximo período de inscripción de otoño o si tienen un acontecimiento de vida que califique. Los sobrevivientes que renuncian a su cobertura médica ya no pueden volver a inscribirse.



Consulte la información de sus beneficios



Consulte el cuadro comparativo de planes médicos que se incluye en su paquete de inscripción de otoño para comparar los beneficios médicos, de salud mental y de medicamentos con receta habituales para los planes del GBP.

ELIJA ENTRE DOS TIPOS DE PLANES DE SEGURO MÉDICO



Organización de Proveedores Preferidos (MA PPO) para el plan HealthSelectSM Medicare Advantage

- UnitedHealthcare[®] asegura este plan.
- Usted y sus dependientes elegibles deben estar inscritos en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Debe seguir pagando sus primas federales de la Parte B de Medicare.
- Incluye cobertura en medicamentos con receta mediante HealthSelect Medicare Rx.

La MA PPO es un plan Medicare Advantage, también conocido como Parte C de Medicare. Incluye los beneficios de las Partes A y B de Medicare además de programas adicionales. También incluye cobertura para medicamentos con receta con HealthSelect Medicare Rx. Este plan no tiene deducibles médicos y generalmente no tiene copagos o coseguro si lo atienden proveedores que acepten Medicare.

Usted tiene el mismo nivel de beneficios dentro y fuera de la red, siempre y cuando lo atiendan proveedores que acepten Medicare. Los proveedores que están dentro de la red presentarán los reclamos por usted. Para una mayor comodidad y sin costos por adelantado, elija proveedores dispuestos a facturar a UnitedHealthcare. Si no facturan a UnitedHealthcare directamente, tendrá que pagar ese gasto de su bolsillo y luego presentar un reclamo para obtener el reembolso.

Este plan ofrece beneficios adicionales sin costo para usted, como el popular programa SilverSneakers[®]. Las compañías de seguros médicos pueden suspender o cambiar estos programas en cualquier momento sin aviso.

HealthSelectSM Secondary

- Blue Cross and Blue Shield of Texas administra este plan.
- Está disponible para cualquier persona elegible para el seguro médico del ERS que también sea elegible para Medicare: jubilados, dependientes y sobrevivientes.
- Incluye cobertura en medicamentos con receta mediante HealthSelect Medicare Rx.

HealthSelect Secondary no es un plan de Medicare Advantage y es más caro que el plan de la MA PPO. En la mayoría de los casos, HealthSelect Secondary paga de manera secundaria a Medicare Original. En algunos casos, le paga de manera primaria a Medicare Original, como por un servicio que no está cubierto por Medicare.

Si paga primas por su seguro médico o el de un dependiente, sus primas serán más altas con HealthSelect Secondary que en el plan de la MA PPO para HealthSelect. También podría tener mayores gastos de bolsillo. HealthSelect Secondary tiene un deducible médico anual de \$200 por persona (o \$600 por familia) y un coseguro. Medicare generalmente paga el 80% de los servicios cubiertos una vez que usted cubre el deducible. Después de que Medicare haya pagado su parte, el plan HealthSelect Secondary generalmente paga el 70% de la cantidad permitida por el plan o la cantidad restante por pagar en el reclamo, lo que sea menor. Usted es responsable del resto.



Recuerde: Si usted es un jubilado elegible para Medicare, HealthSelect Secondary se considera su cobertura secundaria, incluso si usted todavía no se ha inscrito en Medicare. Usted es responsable por la parte que Medicare hubiera cubierto.



¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?

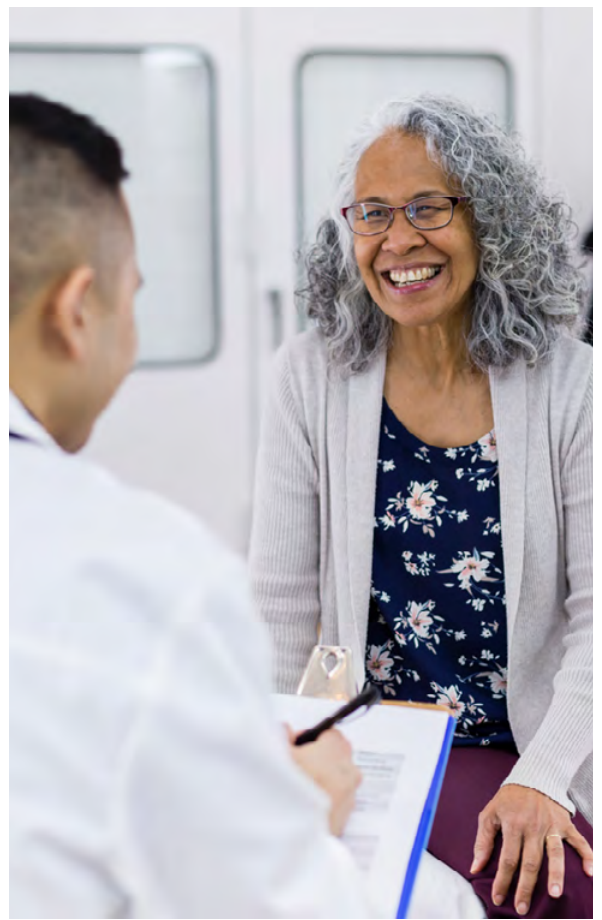
Si usted es jubilado y tiene otro seguro médico (excepto Medicare) que es tan bueno o mejor que el que da el estado, puede darse de baja del seguro médico que da el estado y elegir el crédito de exclusión voluntaria del seguro médico. El crédito es hasta \$60 por mes para los jubilados de tiempo completo o hasta \$30 para los jubilados a tiempo parcial. El crédito puede aplicarse a las primas del seguro dental o de la vista. No hay reembolso por cualquier parte no usada del crédito de \$60 o \$30.

Puede elegir el crédito de exclusión iniciando sesión en su cuenta de ERS OnLine o marcando las opciones correspondientes en el formulario de la parte de atrás de esta guía. También puede llamar al ERS durante la inscripción de otoño. Si elige el crédito de exclusión del seguro médico, no tendrá la cobertura de medicamentos con receta ni el seguro básico de vida a término. Si quiere un seguro médico de GBP y después pierde su otra cobertura de seguro, esto se considera como un evento de vida que califica. Entonces puede inscribirse en el seguro médico ofrecido mediante el ERS si se inscribe en un plazo de 31 días.

Los sobrevivientes no son elegibles para el crédito de exclusión.

Dependientes no elegibles para Medicare

Un "grupo familiar dividido" es cuando usted es elegible para Medicare, pero un dependiente cubierto no es elegible todavía. Se puede inscribir en la MA PPO para HealthSelect mientras su dependiente sigue inscrito en HealthSelect of Texas. Una vez que el dependiente se inscriba en Medicare, llame al ERS con su información de Medicare y se lo inscribirá en el mismo plan médico que usted, incluyendo la cobertura de medicamentos con receta de HealthSelect Medicare Rx.



Condición como consumidores de tabaco

Cualquier persona inscrita en el seguro médico del GBP debe certificar su condición como consumidor o no consumidor de tabaco.

- Un consumidor de tabaco es una persona que ha consumido cualquier producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses consecutivos.
- Los productos de tabaco son todos los tipos de tabaco, incluyendo cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar, y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo.

Si usted o un familiar cubierto usan estos productos, está obligado a informarlo al ERS y pagar una prima mensual. Si no lo hace, podría perder su cobertura del seguro médico del GBP. Solo necesita actualizar su condición cuándo y si cambia.

Puede certificar su condición de consumo de tabaco durante su inscripción de otoño mediante su cuenta ERS OnLine o llamando al ERS al (866) 399-6908 (TTY: 711). A los participantes que hayan cambiado su certificación a consumidor de tabaco durante la inscripción de otoño se les aplicará la primera prima en enero de 2024.



Si prefiere imprimir y enviar el formulario completado por correo, encuéntralo en <https://ers.texas.gov/pdfs/forms/tobacco-user-certification-ers2933>.

Prima alternativa para consumidores de tabaco

Puede calificar para una alternativa a la prima para consumidores de tabaco llamada "Choose to Quit". Para obtener más información, vea las políticas de tabaco en ers.texas.gov/About-ERS/Policies/Tobacco-Policy-and-Certification.



REGRESAR A TRABAJAR PARA EL ESTADO

Si usted es un jubilado que regresa a trabajar, puede cambiar entre beneficios para jubilados y para empleados activos durante la inscripción de otoño. Para hacerlo, comuníquese con el coordinador de beneficios de su agencia antes del 17 de noviembre de 2023. Empleados de HHS Enterprise: Comuníquense con el Centro de Servicios para Empleados del HHS al teléfono gratuito al (888) 894-4747. La cobertura entra en vigencia el 1 de enero de 2024.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA



Express Scripts Medicare® (PDP) será el nuevo administrador del programa de medicamentos con receta de HealthSelect Medicare Rx a partir del 1 de enero de 2024. UnitedHealthcare seguirá administrando el programa hasta el 31 de diciembre de 2023. Vea el folleto o visite ers.texas.gov/what-s-happening-now/healthselect-rx-transition.



Los jubilados, dependientes o supervivientes inscritos en Medicare con cobertura médica del GBP y que están inscritos en la Parte A o en la Parte B de Medicare, están automáticamente inscritos en HealthSelect Medicare Rx. Este plan es un programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

En este plan, los medicamentos con receta se clasifican en tres categorías, llamadas niveles. Hay diferentes copagos para cada nivel:

- Los medicamentos del nivel 1 suelen ser de bajo costo, como los medicamentos genéricos.
- Los del nivel 2 suelen ser más baratos, medicamentos de marca preferidos de menor costo.
- Los del nivel 3 suelen ser costar más, medicamentos de marca no preferidos.

Optar por los medicamentos genéricos reduce sus costos y los del plan. Nota: el formulario cambiará el 1 de enero, esto significa que algunos medicamentos podrían cambiar de nivel, y los participantes podrían pagar más o menos por el mismo medicamento a partir del 1 de enero. El formulario para Express Scripts Medicare PDP estará disponible en www.express-scripts.com/ERSMedicareRx a partir del 30 de octubre.

Los dependientes cubiertos que aún no son elegibles para Medicare y están cubiertos por el plan HealthSelect of Texas tienen una cobertura diferente de medicamentos con receta mediante el Programa de Medicamentos con Receta (PDP) de HealthSelectSM, administrado por Express Scripts, a partir del 1 de enero de 2024. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios de medicamentos con receta en línea en ers.texas.gov/FE-2023.

A partir del 30 de octubre, puede llamar al teléfono gratuito de Express Scripts Medicare (PDP) al (866) 264-4676 (TTY 711). Los asociados de servicio al cliente podrán contestar preguntas generales relacionadas con la transición, dar información sobre las farmacias en su red y el costo cubierto de su medicamento.

Deducibles para medicamentos con receta

Usted y sus dependientes cubiertos tienen un deducible anual para medicamentos con receta de \$50. Se basa en el año calendario y se restablece cada 1 de enero.

Compra de medicamentos recetados: conozca sus opciones

Puede obtener los medicamentos de mantenimiento, los que toma a largo plazo para condiciones crónicas, sin costo adicional si va a una farmacia retail en la red de suministro de días extendidos (EDS) de su programa de medicamentos con receta. Usted pagará el costo más bajo del servicio de correo del plan. Más información sobre la red de farmacias estará disponible en noviembre. Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca, pagará el copago del genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.

Para obtener más información



El cuadro comparativo de planes médicos en este paquete es un resumen de la cobertura médica y de los medicamentos con receta disponibles para los participantes elegibles de Medicare. Para obtener un resumen de lo que está disponible para sus dependientes no elegibles de Medicare, consulte el cuadro comparativo de planes médicos en ers.texas.gov/FE-2023. Para obtener más información, lea el documento del plan maestro de beneficios en el sitio web del plan. Nota: Consumer Directed HealthSelectSM no está disponible para los dependientes de los jubilados elegibles de Medicare.

Tenga en cuenta que



Puede rechazar la cobertura de HealthSelect Medicare Rx. Si lo hace, no tendrá ninguna cobertura de medicamentos con receta mediante el GBP. Un dependiente cubierto no puede rechazar la cobertura a menos que el miembro elegible que lo cubre también la rechace.



State of Texas Dental Choice PlanSM

Este es un plan de seguro dental de una organización de proveedores preferidos (PPO). Puede ver a cualquier dentista que quiera, pero, por lo general, pagará menos si visita a uno dentro de estas redes:

- PPO de Delta Dental
- Delta Premier

Usted recibe la misma cobertura en cualquiera de las redes. Los dentistas de Delta Premier pueden cobrar tarifas más altas por los mismos servicios cubiertos, así que podría pagar menos en la red de la PPO de Delta Dental.

Visite a un dentista dentro la red para asegurarse de que no pague más de la cantidad que cubre Delta Dental. Los dentistas fuera de la red podrían cobrar más.

Los servicios dentales que se hagan fuera de Estados Unidos se procesarán como beneficio fuera de la red, que se reembolsará al participante en la moneda de Estados Unidos.

DeltaCare[®] USA

DeltaCare USA

Este es un plan de seguro dental de una organización para el mantenimiento de la salud.

- La cobertura se aplica solo a los dentistas del área de servicio de Texas. Antes de inscribirse, asegúrese de que en su área haya un dentista de la red de DeltaCare USA.
- Debe elegir un dentista de atención primaria (PCD) de la lista de proveedores aprobados. Usted y sus dependientes inscritos pueden elegir PCD diferentes.
- Los servicios de los dentistas dentro de la red cuestan un 25% menos que los cargos habituales de los dentistas cuando su PCD coordina la atención especializada.



Consulte el Discount Purchase Program para obtener descuentos dentales

El Discount Purchase ProgramSM, administrado por Beneplace, ofrece programas de descuentos y descuentos en los servicios dentales. Puede verlos en [beneplace.com/discountprogramers/](https://www.beneplace.com/discountprogramers/). Deberá registrarse usando su dirección de correo electrónico.

CUADRO COMPARATIVO DE PLANES DENTALES

Esto es un resumen de los beneficios. Consulte los folletos del plan para ver la cobertura real y las limitaciones.

	PPO de State of Texas Dental Choice Plan: dentro de la red	PPO de State of Texas Dental Choice Plan: fuera de la red	DHMO DeltaCare USA (Servicios solo de los PCD participantes)
Dentistas	Dentistas dentro de la red	Dentistas fuera de la red	Debe elegir un dentista de atención primaria (PCD). NOTA: No todos los dentistas dentro de la red aceptan pacientes nuevos. Los dentistas no están obligados a permanecer en el plan durante todo el año.
Deducibles	<p>Servicios de prevención: Individual: \$0; familiar: \$0</p> <p>Servicios básicos/de alta complejidad combinados: individual: \$50; familiar:\$150</p> <p>Servicios de ortodoncia: sin deducible</p> <p>En State of Texas Dental Choice, los deducibles se basan en el año calendario y se restablecen el 1 de enero.</p>	<p>Servicios de prevención: individual: \$50; familiar: \$150</p> <p>Servicios básicos/de alta complejidad combinados: individual: \$100; familiar: \$300</p> <p>Servicios de ortodoncia: sin deducible</p>	Ninguno
Copagos/ coseguro	<p>Servicios de prevención y diagnósticos: ninguno</p> <p>Servicios básicos: 10% de coseguro después de cubrir el deducible para servicios básicos</p> <p>Servicios de alta complejidad: 50% de coseguro después de cubrir el deducible para servicios de alta complejidad.</p> <p>No hay ningún cargo por nada que supere la cantidad permitida.</p> <p>Después de alcanzar el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 60% hasta el 1 de enero.</p>	<p>Servicios de prevención y diagnóstico: 10% de coseguro después de cubrir el deducible para los servicios de prevención y diagnóstico</p> <p>Servicios básicos: 30% de coseguro después de cubrir el deducible para los servicios básicos</p> <p>Servicios de alta complejidad: 60% de coseguro después de cubrir el deducible para servicios de alta complejidad</p> <p>Es posible que los participantes deban pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados.</p> <p>Una vez que se alcanza el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 100% hasta el 1 de enero.</p>	<p>Dentista de atención primaria (PCD): los copagos varían según el servicio y se mencionan en el folleto "Programa de beneficios dentales".</p> <p>Odontología especializada: 75% de la tarifa usual y habitual del dentista cuando el PCD coordina la atención especializada (la DHMO no paga nada)</p>
Beneficios máximos por año calendario	\$2,000 por persona cubierta (incluye extracciones ortodónticas) más 40% después de que se alcanza el beneficio máximo del año calendario.	No aplica a servicios de ortodoncia que prestan dentistas fuera de la red (el plan paga \$0).	Ilimitados
Beneficio máximo de por vida	\$2,000 por persona cubierta para servicios de ortodoncia	\$2,000 por persona cubierta para servicios de ortodoncia	Ilimitados
Costo promedio de la limpieza/los exámenes bucales	Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario	10% de la cantidad permitida después de cubrir el deducible Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario	Varían según el servicio y se mencionan en el folleto "Lista de beneficios dentales" Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario
Cobertura de ortodoncia	50% de la cantidad permitida	50% de la cantidad permitida Es posible que los participantes deban pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados.	<p>Servicios de ortodoncia que presta un dentista general mencionados en el directorio con un código de tratamiento "0": \$1,800 para niños, \$2,100 para adultos</p> <p>Servicios de ortodoncia que presta un especialista: 75% de la tarifa usual (el plan paga \$0)</p>

SEGURO DE LA VISTA



EyeMed comenzó como el nuevo administrador del plan State of Texas Vision el 1 de septiembre. Para obtener más información sobre el cambio vea el folleto, o visite ers.texas.gov/what-s-happening-now/state-of-texas-vision-transition.

Los planes de seguro médico del GBP cubren algunos servicios de atención de la vista y los ojos, incluyendo un examen anual de la vista y tratamiento para enfermedades de los ojos. No cubren el costo de anteojos ni de lentes de contacto. Para estos, usted y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en State of Texas Vision para una prima mensual adicional.

State of Texas Vision cubre un examen de la vista, adaptación de lentes de contacto y otras opciones de anteojos. El plan incluye una prestación anual de \$200 para venta al público (retail) para las monturas de los anteojos o los lentes de contacto y descuentos para LASIK. Busque la red de proveedores de EyeMed en www.StateofTexasVision.com.

Cuadro comparativo de la cobertura de la vista, servicios dentro de la red

Los participantes del plan de la vista tienen acceso a la red INSIGHT de EyeMed, que incluye tiendas y proveedores en línea independientes, nacionales y regionales. Todas las prestaciones son para retail; usted es responsable de todos los cargos que superen la prestación para retail, menos los descuentos disponibles. Los descuentos no son beneficios financiados y podrían variar o cambiar según el proveedor o fabricante. Busque la red de proveedores de EyeMed en member.eyemedvisioncare.com/stateoftexasvision.

Servicios de atención de la vista	Costo para miembros dentro de la red	Reembolso para miembros fuera de la red
Servicios de examen		
Examen	Copago de \$15 ¹	Hasta \$40 después de un copago de \$15
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto²		
Ajuste y seguimiento – estándar	Copago de \$25 ¹	Hasta \$100
Ajuste y seguimiento – premium	Copago de \$35 ¹	Hasta \$100
Montura		
Montura	Prestación de \$200 para retail; 20% de descuento en cantidades superiores a \$200	Hasta \$75
Lentes		
Monofocales	Copago de \$10 ¹	Hasta \$30
Bifocales	Copago de \$15 ¹	Hasta \$45
Trifocales	Copago de \$20 ¹	Hasta \$60
Progresivos – estándar³	Copago de \$70 más \$15 ¹ de bifocales	Sin cobertura
Opciones de lentes		
Policarbonato - estándar	Copago de \$40 ¹	Sin cobertura
Recubrimiento a prueba de rayones - plástico estándar	Copago de \$10 ¹	Sin cobertura
Tinte - sólido o graduado	Copago de \$10 ¹	Sin cobertura
Tratamiento UV	Copago de \$10 ¹	Sin cobertura
Recubrimiento antirreflejante - estándar	Copago de \$40 ¹	Sin cobertura
Lentes de contacto		
Lentes de contacto - opcionales	Prestación de \$200	Hasta \$200
Lentes de contacto - medicamento necesario	Copago de \$0	Hasta \$210
OTROS		
LASIK o PRK de U.S. Laser Network	15% de descuento en retail o 5% de descuento en precio de promoción; llame al (800) 988-4221	Sin cobertura
Imágenes de diagnóstico de la retina	Es responsable del 100% del costo, que es de hasta \$39 para los clientes de EyeMed.	Sin cobertura

¹ Cobertura total cuando se cumpla el copago.

² La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto tienen su propio copago y son independientes del copago del examen de la vista. La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto estándar se aplican a un usuario actual de lentes de contacto que utiliza solo lentes desechables, de uso diario o de uso prolongado. La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto premium se aplican a nuevos usuarios de lentes de contacto o a participantes que usan lentes tóricos, permeables al gas o multifocales.

³ Los lentes progresivos estándar están cubiertos en su totalidad después de un copago de \$70 de los lentes progresivos y del copago de lentes bifocales de \$15. Los lentes progresivos premium están cubiertos hasta el pago del plan dentro de la red para lentes progresivos estándar.

SEGURO DE VIDA (SOLO PARA JUBILADOS)

El seguro de vida no está disponible para los sobrevivientes. Si usted es jubilado inscrito en una cobertura médica del GBP, su seguro médico tiene un seguro básico de vida a término que le paga \$2,500 a su beneficiario después de su muerte. Las siguientes son opciones para cobertura adicional.

Seguro de vida a término opcional

Si usted se inscribió en un seguro de vida a término opcional cuando se jubiló, podría continuarlo en la elección 1 o 2. Si tenía elección 3 o 4, su cobertura se cambió automáticamente a elección 2, a menos que haya elegido elección 1 o un seguro de vida opcional fijo para jubilados (póliza de \$10,000) o haya elegido renunciar a su cobertura de vida opcional.

IMPORTANTE: La cobertura del seguro de vida a término opcional disminuye a partir de los 70 años. Las primas no disminuyen, de hecho, aumentan con su edad o cuando el plan deba hacer aumentos en las primas. Cuando la cantidad de la cobertura disminuya a \$10,000 o menos, el plan cambia al seguro de vida opcional fijo para jubilados. Esto tiene tanto un beneficio fijo y una prima mensual fija que no aumenta con su edad, pero que puede cambiar cuando el plan deba hacer aumentos en las primas.

Durante la inscripción de otoño o durante cualquier momento del año del plan, puede disminuir su cobertura de seguro de vida a término opcional sin prueba de asegurabilidad (EOI), de la elección 2 o elección 1 o del seguro de vida fijo opcional para jubilados. Una vez que disminuye su cobertura, no puede aumentarla después. También tiene la opción de cancelar su cobertura en cualquier momento.

Si actualmente no está inscrito en un plan de seguro de vida opcional del GBP, durante la inscripción de otoño puede solicitar el seguro de vida fijo opcional para jubilados mediante la EOI. También puede solicitarlo fuera del período de inscripción de otoño, en un plazo de 31 días del evento de vida que califica. Obtenga más información en ers.texas.gov/Retirees/Life-Changes-for-retirees.

Seguro de vida a término para dependientes

Por una prima mensual extra, puede solicitar por una EOI la inscripción de sus dependientes elegibles en el seguro de vida a término para dependientes.

Si sus dependientes son aprobados, los beneficios incluyen \$2,500 de seguro de vida a término por cada familiar cubierto. Recibirá el beneficio tras el fallecimiento de un dependiente cubierto. Su prima mensual cubre a todos sus dependientes elegibles, pero debe nombrar a todos los dependientes en su póliza.

Beneficios adicionales para los participantes del seguro de vida

Los participantes del seguro de vida tienen acceso a beneficios de estilo de vida tales como consejería económica y planeamiento patrimonial. Visite <https://web1.lifebenefits.com/sites/lbwem/ers/resources/lifestyle-benefits> para obtener más información. Esos son beneficios de valor agregado. ERS no garantiza disponibilidad.



PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

¿Qué es la EOI?

Cuando usted solicita inscribirse usted o un dependiente elegible en la cobertura del seguro de vida, debe presentar una prueba de asegurabilidad (EOI). La EOI es un proceso de solicitud en el que da información sobre su salud o la salud de sus dependientes. Se necesita cuando solicita un seguro de vida fijo opcional para jubilados o agrega a un dependiente al seguro de vida a término para dependientes.

Después de su solicitud de inscripción, puede comenzar con el proceso de EOI mediante ERS OnLine o llamándonos. Después de eso:

- El asegurador de EOI le dará instrucciones para presentar su solicitud de EOI.
- Debe responder todas las preguntas de la solicitud de EOI de manera honesta y completa. Si falta información, se puede retrasar el proceso.
- El asegurador de EOI podría solicitar información adicional antes tomar una decisión.

El asegurador debe recibir su solicitud en un plazo de 30 días o se rechazará la cobertura. También pueden rechazar la cobertura según en la información dada en su aplicación. Puede volver a solicitar la cobertura durante el próximo período de inscripción de otoño o después de 31 días de un evento de vida que califica.

Si tiene preguntas sobre el proceso de EOI para el seguro de vida, comuníquese gratis a Securian al (877) 494-1716, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Fechas de inicio de la cobertura

Si usted empieza la EOI durante la inscripción de otoño y se la aprueban antes del 1 de enero, su cobertura empieza el 1 de enero. Si se aprueba la EOI el 1 de enero o después, la cobertura empieza el primer día del mes después de la fecha de aprobación de la EOI.

PROGRAMA PARA JUBILADOS TEXE\$AVERSM 401(k) / 457

Texa\$aver no está disponible para los sobrevivientes.

TEXA\$AVERSM 401(k) / 457 Program Los jubilados que regresan al trabajo pueden apartar ingresos antes de los impuestos o ingresos Roth después de los impuestos de sus cheques, inscribiéndose en el programa Texa\$aver 401(k)/457.

Cuando se jubiló, tuvo la opción de conservar su dinero en el programa Texa\$aver. Si lo hizo, puede seguir aprovechando las tarifas competitivas y la orientación que disfrutó como un empleado activo. Programe una cita gratis con un consejero del plan de jubilación (www.texasaver.com) para hablar sobre sus opciones durante la jubilación:

- Dejar su dinero en su programa 401(k) o 457 tal como está.
- Recibir pagos periódicos, como recibir un salario mientras está jubilado.
- Tomar una o varias distribuciones parciales de suma global; retirar lo que necesite y cuando lo necesite, o tomar todo el dinero en una sola distribución de suma global.
- Transferir fondos de un plan cualificado o IRA a su cuenta de Texa\$aver.

Distribuciones y retiros de Texa\$aver

Aunque no tiene que hacer nada para conservar sus cuentas de Texa\$aver, una vez que cumpla los 73 años, deberá empezar a hacer las distribuciones mínimas obligatorias.

Para iniciar una distribución de su cuenta de Texa\$aver después de que se jubile, descargue, complete y presente el formulario de Solicitud de distribución/Transferencia directa del sitio web de Texa\$aver (www.texasaver.com).

Los retiros de la cuenta de Texa\$aver podrían estar sujetos al impuesto sobre la renta habitual. Se puede aplicar una multa por retiro anticipado del 10% a los retiros que se hagan antes de los 59 años y medio. La multa federal del 10% por retiro anticipado no aplica a los retiros del plan 457, excepto para retiros atribuibles a transferencias desde otro tipo de plan o cuenta.

Si tiene preguntas, llame gratis a Texa\$aver al (800) 634-5091, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. CT. También puede visitar www.texasaver.com.

FERIAS Y SEMINARIOS WEB DE LA INSCRIPCIÓN DE OTOÑO

El ERS y los administradores del plan estarán en las ferias de inscripción de otoño y organizarán seminarios web para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios. Puede ir a cualquiera de estos eventos en persona o de manera virtual. Los nuevos administradores Express Scripts Medicare (PDP) y EyeMed estarán en las ferias de inscripción de otoño y organizarán seminarios web para responder sus preguntas sobre los cambios en la administración.

Los seminarios web de inscripción de otoño darán un breve resumen de todos los planes del GBP y sobre cualquier cambio de beneficios en el próximo año del plan. Los seminarios web de planes específicos tendrán un resumen del plan, seguido de preguntas y respuestas con el administrador del plan. (Los representantes del plan pueden responder preguntas generales. Si tiene una pregunta específica sobre su cuenta o un reclamo, comuníquese al número de servicio al cliente del plan).



Staying Connected: El ERS está organizando sus populares ferias bienales de Staying Connected durante la inscripción de otoño. El director ejecutivo del ERS, Porter Wilson, y otros presentadores estarán en las ferias de la inscripción de otoño en las áreas de Austin, Dallas-Forth Worth y Houston. Las ferias de Staying Connected se mencionan en el programa de ferias abajo.

Nota: A veces, por el clima u otras cuestiones fuera de nuestro control, el ERS podría cancelar o cambiar un evento. Cuando sea posible, daremos aviso de las cancelaciones o los cambios en el sitio web del ERS. Asegúrese de consultar ers.texas.gov la mañana del evento por cualquier actualización.

Ferias de inscripción de otoño

Todas las ferias de inscripción son de 10:00 a.m. a 1:30 p.m. CT, e incluirán una presentación de una hora del ERS. No tiene que inscribirse para ir a un evento en persona.

Fecha	Anfitrión y lugar
31 de octubre	Education Service Center 1314 Hines San Antonio, TX 78208
1 de noviembre	Hays CISD Performing Arts Center 979 Kohlers Crossing Kyle, TX 78640
3 de noviembre	Education Service Center 1111 West Loop 289 Lubbock, TX 79416
7 de noviembre	El Paso Community College 9050 Viscount Blvd El Paso, TX 79925

Fecha	Anfitrión y lugar
8 de noviembre	Hilton Arlington 2401 E Lamar Blvd Arlington, TX 76006
14 de noviembre	Texas Department of Transportation – Houston District 7600 Washington Ave. Houston, TX 77007
15 de noviembre	Employees Retirement System of Texas 1836 San Jacinto Blvd Austin, TX 78701

Seminarios web de la inscripción de otoño

Regístrese para un seminario web en www.ers.texas.gov/Event-Calendar. Cuando se registre, recibirá la información de inicio de sesión por correo electrónico.

Tema	Expositores	Fechas y horarios		
		(Todos los horarios corresponden a la hora estándar del centro y todos los seminarios web duran una hora).		
Resumen de la inscripción de otoño	ERS	30 de octubre, 10 a.m.	6 de noviembre, 10 a.m.	17 de noviembre, 10 a.m.
HealthSelect Medicare Rx	Express Scripts	30 de octubre, 1 p.m.	10 de noviembre, 10 a.m.	13 de noviembre, 1 p.m.
HealthSelect Medicare Advantage	United Healthcare	2 de noviembre, 10 a.m.	17 de noviembre, 1 p.m.	
HealthSelect Secondary	Blue Cross and Blue Shield of Texas	2 de noviembre, 1 p.m.	13 de noviembre, 10 a.m.	
Planes dentales	Delta Dental	9 de noviembre, 1 p.m.		
Seguro de vida	Securian Financial	6 de noviembre, 1 p.m.		
State of Texas Vision	EyeMed	9 de noviembre, 10 a.m.		

CONTACTOS

Seguro médico

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
MA PPO para HealthSelect	UnitedHealthcare Número de grupo – 13546	Llame gratis: (855) 853-0453 (TTY: 711)	www.HealthSelect-MAPPO.com
HealthSelect Secondary HealthSelect of Texas (para dependientes no elegibles de Medicare)	Blue Cross and Blue Shield of Texas Número de grupo – 238000	Llame gratis: (800) 252-8039 (TTY: 711)	healthselectoftexas.com
HealthSelect Medicare Rx (para participantes inscritos en Medicare)	UnitedHealthcare hasta el 31 de diciembre de 2023; Express Scripts Medicare a partir del 1 de enero de 2024. Consulte el folleto adjunto para obtener información útil.	Llame gratis: (855) 828-9834 (TTY: 711) Express Scripts Medicare: (866) 264-4676	www.hsmedicarerx.com
HealthSelect Prescription Drug Program (para dependientes que no están inscritos en Medicare)	OptumRx hasta el 31 de diciembre de 2023; Express Scripts a partir del 1 de enero de 2024.	Llame gratis: (855) 828-9834 (TTY: 711) Express Scripts: (800) 935-7189	www.HealthSelectRx.com

Seguro dental

State of Texas Dental Choice Plan	Delta Dental Número de grupo – 20010	Llame gratis: (888) 818-7925 (TTY: 711)	www.ERSdentalplans.com
DHMO DeltaCare USA	Delta Dental Número de grupo – 79140		

Seguro de la vista

State of Texas Vision	EyeMed Vision Care, LLC Número de grupo – 1050072	Llame gratis: (844) 949-2170 (TTY: 711)	www.StateofTexasVision.com
------------------------------	--	--	--

Seguro de vida

Seguro básico de vida a término Seguro de vida a término opcional Seguro de vida a término para dependientes	Securian	Llame gratis: (877) 494-1716, TTY: 711	www.lifebenefits.com/plandesign/ers
---	----------	---	--

Otros programas

Programa Texa\$aver 401(k)/457	Empower Retirement™	Llame gratis: (800) 634-5091, TTY: (800) 766-4952	www.texasaver.com
Verificación de elegibilidad de dependientes	Alight Solutions	Llame gratis: (800) 987-6605 TTY: 711	www.yourdependentverification.com/plan-smart-info/
Discount Purchase Program	Beneplace	Llame gratis: (800) 683-2886 Local: (512) 346-3300	www.beneplace.com/discountprogramERS

NOTA: Los jubilados que vuelvan a trabajar y que estén pensando cambiar a los beneficios de empleado activo pueden comunicarse con el Departamento de RR. HH. o con el ERS para obtener información sobre las cuentas de gastos flexibles de TexFlexSM, el seguro de discapacidad de Texas Income Protection PlanSM y el seguro por muerte accidental y desmembramiento.

Puede ingresar los cambios usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov o completando y enviando este formulario a:
Employees Retirement System of Texas
P.O. Box 13207
Austin, Texas 78711-3207
Llame gratis al (866) 399-6908

Si no necesita hacer cambios, no es necesario completar este formulario o comunicarse con el ERS.

La información dada al ERS se mantiene para administrar sus beneficios. Si tiene preguntas sobre su información o cree que la información dada puede ser incorrecta, avise al ERS.

SECCIÓN A: DATOS DEL MIEMBRO (debe completarlo el participante)

Nombre del miembro: nombre, inicial del segundo nombre, apellido			Últimos 4 dígitos del número de seguro social/ID nacional (SSN)			
			XXX-XX-			
Teléfono Casa	Celular	Dirección de correo electrónico				
()						
Dirección de correo	Marque si es nuevo	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de elegibilidad	

SECCIÓN B: OPCIONES DE BENEFICIOS (marque las casillas para indicar los cambios de beneficios que quiere que comiencen el 1 de enero de 2022)

Cobertura médica	Renunciar*	HealthSelect of Texas®	MA PPO para HealthSelect SM
	N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare)	Fecha de entrada en vigor de la Parte A de Medicare ____/____/____	
		Fecha de entrada en vigor de la Parte B de Medicare ____/____/____	
	Renunciar + exclusión (para jubilados que puedan certificar que tienen una cobertura comparable que no sea Medicare)		
	Inscribir/quitar dependiente (consulte la Sección C)		

Beneficios opcionales (pueden elegirse sin estar inscrito en la cobertura médica)

Dental	Renunciar	DHMO DeltaCare® USA	State of Texas Dental Choice Plan SM
	Inscribir/quitar dependiente (consulte la Sección C)		
De la vista	Renunciar	State of Texas Vision SM	Inscribir/quitar* dependiente (consulte la Sección C)
Seguro de vida a término opcional*	Renunciar	<input type="radio"/> Inscribir \$10,000	Disminución de nivel a: Elección I \$10,000
Seguro de vida a término para dependientes*	Renunciar	Inscribir/quitar dependiente (consulte la Sección C)	

Certificación de consumidor de tabaco: Si está inscrito en un plan médico del Programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas, ¿ha consumido algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses?

Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo. Sí No

*Para solicitar un seguro de vida a término para dependientes o una cobertura de seguro de vida fijo opcional de \$10,000 para jubilados, es obligatoria la prueba de asegurabilidad (EOI). Para comenzar con el proceso de EOI, inicie sesión en su cuenta **ERS OnLine** en www.ers.texas.gov o comuníquese con el ERS.

SECCIÓN C: DATOS PERSONALES DE LOS DEPENDIENTES (y elecciones de beneficios)

Certificación de consumo de tabaco de dependientes: Si sus dependientes están inscritos en un plan médico del GBP, usted debe certificar abajo si consumió algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo.

Relación con el dependiente*	Nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	SSN del dependiente (obligatorio para mayores de 12 meses de edad)	Médico	Dental	De la vista	De vida para dep.	Consumidor de tabaco
Sp D S O		H M			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		H M			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		H M			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		H M			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		H M			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

*Código de relación: **Sp**: cónyuge; **D** o **S**: hija o hijo (biológico o adoptado)

O: otro que no sea biológico ni adoptado. Incluye hijastro, hijo de crianza temporal o bajo tutela.

Si agrega a un hijo, debe completar un formulario de **Certificación de hijos dependientes** (ERS GI 1.081), disponible en www.ers.texas.gov o llame al ERS. Para los dependientes agregados recientemente, se le puede pedir que dé información a Alight Solutions, una compañía que está trabajando con el ERS para hacer la verificación de elegibilidad de los dependientes.

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN (lea detenidamente las declaraciones de abajo antes de firmar y escriba la fecha)

Autorizo que se hagan las deducciones adecuadas de mi anualidad o mediante giro bancario para los beneficios elegidos arriba, si corresponde. Si no recibo una anualidad o si mi anualidad no es suficiente para cubrir las deducciones necesarias, acepto hacer los pagos de las primas a su vencimiento. Entiendo que la cobertura se cancelará si no pago las primas necesarias. Autorizo a todos los proveedores a dar cualquier tipo de información sobre las personas cubiertas, cuando sea necesario, para verificar la elegibilidad o para procesar un reclamo o una queja relacionada con el seguro. **Certifico que toda la información dada arriba es válida y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que se me podría pedir que muestre la documentación que respalde mi selección o la elegibilidad de cualquier dependiente agregado recientemente.** La presentación de información falsa podría llevar a la expulsión del Programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas o a una acción penal.

Aviso sobre el seguro: El financiamiento de los beneficios de salud y otros beneficios del seguro para participantes del GBP está sujeto a cambios según los fondos estatales disponibles. La Asamblea Legislativa de Texas determina el nivel de financiamiento para esos beneficios sin obligación permanente de destinar fondos para ellos una vez transcurrido cada año fiscal.

Certificación de consumo de tabaco: Certifico que entiendo y acepto lo siguiente: Un "producto de tabaco" se define como todos los tipos de tabaco que incluyen, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo; y un "consumidor de tabaco" es una persona que ha consumido algún producto de tabaco cinco veces o más en los últimos tres meses consecutivos. Si yo (o cualquiera de mis dependientes cubiertos): 1) he consumido productos de tabaco como consumidor de tabaco o 2) comencé a consumir productos de tabaco sin informar al ERS, se me aplicarán penalizaciones monetarias, y es posible que se cancele mi participación en el GBP. Además, no informar al ERS podría constituir fraude. Bajo penalización por falso testimonio, declaro que la información indicada arriba es verdadera y correcta. Dar o escribir información falsa puede descalificarme para recibir cobertura continua en el GBP. Si, de manera intencional, declaro hechos materiales falsos o cometo fraude, es posible que mi cobertura se rescinda de manera retroactiva hasta la fecha de la declaración falsa o del acto fraudulento. En ese caso, se me entregará un aviso treinta días antes de que se rescinda mi cobertura. Además, si yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos comenzamos a consumir productos de tabaco sin avisar al ERS, se me aplicarán penalizaciones monetarias y la falta de aviso al ERS constituirá fraude. Si certifiqué que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, es posible que puedan participar en el programa "Choose to Quit", una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si es adecuado para su estado de salud y se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información sobre este programa, visite www.ers.texas.gov/Employees/Health/Tobacco_Policy.

Si certifiqué arriba que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco y usted o ellos han dejado de consumir tabaco durante los últimos tres meses, debe completar el formulario de Certificación de consumidor de tabaco (ERS 2.933), disponible en http://ers.texas.gov/PDFs/Forms/Tobacco_User_Certification_ERS2933 o cambiar la certificación usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov.

Si eligió "Renuncia + Crédito por exclusión"

Certifico que no quiero la cobertura del plan médico que se me ofreció como participante elegible. Renuncio a la cobertura del plan médico que me corresponde y certifico que tengo otro plan médico que da una cobertura sustancialmente equivalente a la del plan médico básico. Entiendo que, renunciando a mi seguro médico estatal, se cancelará mi cobertura de medicamentos con receta y la póliza de \$2,500 del seguro de vida a término básico. Debe certificar que tiene una cobertura médica comparable a la del plan médico básico. Un crédito de hasta \$60 (o \$30 para los participantes de tiempo parcial) se aplica al costo de la cobertura opcional elegible (dental y de la vista). El crédito se da en lugar de la contribución estatal para la cobertura médica básica. Por legislación federal, los miembros de Medicare no pueden recibir el crédito por exclusión. Puedo ver el crédito por exclusión del seguro médico aplicado en la prima de mi cobertura opcional elegible iniciando sesión en mi cuenta **ERS OnLine** en www.ers.texas.gov.

Entiendo que, si actualmente estoy en condición de renuncia, debo tener un QLE o esperar hasta la próxima inscripción de otoño para inscribirme en la cobertura médica que le ofrecieron a los participantes elegibles.

Firma del participante: _____

Fecha de la firma: _____

(mm/dd/aaaa)

Puede comunicarse con el ERS o enviar el formulario completado a:
Employees Retirement System of Texas
 P.O. Box 13207
 Austin, Texas 78711-3207
 Línea gratis: (866) 399-6908

Si no necesita hacer ningún cambio, no es necesario completar este formulario ni comunicarse con el ERS.

La información dada al ERS se mantiene para administrar sus beneficios.
 Si tiene preguntas sobre su información o cree que la información dada puede ser incorrecta, avise al ERS.

SECCIÓN A: DATOS DEL DEPENDIENTE SOBREVIVIENTE *(debe completarla el dependiente sobreviviente)*

Dependiente sobreviviente: nombre, inicial del segundo nombre, apellido			Últimos 4 dígitos del número de seguro social/ID nacional (SSN)		Teléfono	Casa	Celular
			XXX-XX-		()		
Dirección de correo electrónico	Dirección de correo	Marque si es nuevo	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de elegibilidad	

SECCIÓN B: COBERTURA DE SEGURO *(marque las casillas para indicar los cambios de cobertura que quiere que comiencen el 1 de enero de 2022).*

Cobertura de seguro médico	Renunciar*	HealthSelect of Texas [®]	MA PPO para HealthSelect SM
	N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare)	Fecha de entrada en vigor de la Parte A de Medicare ____/____/____	
		Fecha de entrada en vigor de la Parte B de Medicare ____/____/____	
	Quitar dependiente (consulte la Sección C)		

Beneficios opcionales *(pueden elegirse sin estar inscrito en la cobertura médica).*

Dental	Renunciar	State of Texas Dental Choice Plan SM	DeltaCare [®] USA DHMO
	Agregar/quitar** dependiente (consulte la Sección C)		
De la vista	Renunciar	State of Texas Vision SM	Agregar/quitar** dependiente (consulte la Sección C)

Certificación de consumo de tabaco: Si está inscrito en un plan médico del Programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas, ¿ha consumido algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses? Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos/productos de vapeo.
 Sí No

*Los dependientes sobrevivientes que han renunciado a una cobertura no pueden volver a inscribirse en otra fecha. La cobertura médica, dental y de la vista que tiene un sobreviviente elegible en la fecha del fallecimiento del miembro continúa automáticamente. El cónyuge sobreviviente u otro dependiente elegible podrá: cancelar la cobertura médica en cualquier momento, pero después no podrá volver a inscribirse en una cobertura médica, o
 **cancelar la cobertura dental o de la vista en cualquier momento y volver a inscribirse en una cobertura dental o de la vista más tarde, siempre que su cobertura médica todavía esté vigente.

SECCIÓN C: DATOS PERSONALES DE LOS DEPENDIENTES *(y elecciones de cobertura).*

Certificación de consumo de tabaco de dependientes: Si sus dependientes están inscritos en un plan médico del GBP, usted debe certificar abajo si su dependiente consumió algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo.

Relación con el dependiente*	Nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	SSN del dependiente (Obligatorio para mayores de 12 meses de edad)	Médico**	Dental	De la vista	Consumidor de tabaco
D S O		H M		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		H M		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		H M		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		H M		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		H M		XXX-XX-	No	No	No	Sí No

*Código de relación: D o S: hija o hijo natural o adoptado O: hijo que no es natural ni adoptado. Incluye hijastro, hijo de crianza temporal o hijo bajo tutela. Solo los dependientes elegibles en el momento del fallecimiento del miembro son elegibles para recibir cobertura como dependientes sobrevivientes.

** Una vez un dependiente sobreviviente renuncia a su cobertura, el sobreviviente dependiente no puede volver a inscribirse de nuevo en cobertura de seguro médico más adelante.

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN (lea detenidamente las declaraciones de abajo antes de firmar y escriba la fecha)

Autorizo que se hagan las deducciones adecuadas de mi anualidad o mediante giro bancario para los beneficios elegidos arriba, si corresponde. Si no recibo una anualidad o si mi anualidad no es suficiente para cubrir las deducciones necesarias, acepto hacer los pagos de las primas a su vencimiento. Entiendo que la cobertura se cancelará si no pago las primas necesarias. Autorizo a todos los proveedores a dar cualquier tipo de información sobre las personas cubiertas, cuando sea necesario, para verificar la elegibilidad o para procesar un reclamo o una queja relacionada con el seguro. **Certifico que toda la información dada arriba es válida y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que se me pedirá que muestre la documentación que respalde mi selección.** La presentación de información falsa podría llevar a la expulsión del Programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas o a una acción penal.

Aviso sobre el seguro: El financiamiento de los beneficios de salud y otros beneficios del seguro para participantes del GBP está sujeto a cambios según los fondos estatales disponibles. La Asamblea Legislativa de Texas determina el nivel de financiamiento para esos beneficios sin obligación permanente de destinar fondos para ellos una vez transcurrido cada año fiscal.

Certificación de consumo de tabaco: Certifico que entiendo y acepto lo siguiente: un "producto de tabaco" se define como todos los tipos de tabaco que incluyen, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para mascar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo; y un "consumidor de tabaco" es una persona que ha consumido algún producto de tabaco cinco veces o más en los últimos tres meses consecutivos. Si yo (o cualquiera de mis dependientes cubiertos): 1) he consumido productos de tabaco como consumidor de tabaco o 2) comencé a consumir productos de tabaco sin informar al ERS, se me aplicarán penalizaciones monetarias, y es posible que se cancele mi participación en el GBP. Además, no informar al ERS podría constituir fraude. Bajo penalización por falso testimonio, declaro que la información indicada arriba es verdadera y correcta. Dar o escribir información falsa puede descalificarme para recibir cobertura continua en el GBP. Si, de manera intencional, declaro hechos materiales falsos o cometo fraude, es posible que mi cobertura se rescinda de manera retroactiva hasta la fecha de la declaración falsa o del acto fraudulento. En ese caso, se me entregará un aviso treinta días antes de que se rescinda mi cobertura. Además, si yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos comenzamos a consumir productos de tabaco sin avisar al ERS, se me aplicarán penalizaciones monetarias y la falta de aviso al ERS constituirá fraude. Si certifié que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, es posible que puedan participar en el programa "Choose to Quit", una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si es adecuado para su estado de salud y se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información sobre este programa, visite www.ers.texas.gov/Employees/Health/Tobacco_Policy.

Si certifié arriba que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, y usted o ellos han dejado de consumir tabaco durante tres meses consecutivos, debe completar el formulario de Certificación de consumidor de tabaco (ERS 2.933), disponible en http://ers.texas.gov/PDFs/Forms/Tobacco_User_Certification_ERS2933 o cambiar la certificación en su cuenta en línea en www.ers.texas.gov.

Entiendo que si yo, como dependiente sobreviviente, renuncio a mi cobertura médica, no puedo volver a inscribirme en una cobertura médica en el futuro. Si renuncio a todas las coberturas, los beneficios médicos y opcionales, no puedo volver a inscribirme a ninguna cobertura en el futuro.

Firma del dependiente sobreviviente: _____ Fecha de la firma: _____
(Padre/madre o tutor legal pueden firmar por el menor) (mm/dd/aaaa)